

## KONSULTATION/FÖRFRÅGAN TILL FOLKTANDVÅRDEN

Inremitterande BVC (inkl. adress och tel):

.....  
.....  
.....

Personnummer: .....

Namn: .....

Adress: .....

.....

Målsmans namn: .....

Datum: .....

Tel hem: ..... Tel arb:.....

Underskrift: .....

Mobiltel: .....

Annat hemspråk: .....

Behov av tolk:  Ja  Nej

---

### RISKFÄKTORER SOM ORSAK TILL REMISS

- Misstänkt synlig kariessjukdom
- Tjockt plack på överkäksframtänderna (bakteriebeläggningar)
- Söta drycker eller soppor i nappflaska
- Frekvent småätande
- Amning efter 1 års ålder
- Uttalade sömnlörningar
- Nattmål efter 1 års ålder
- Allvarlig sjukdom/handikapp
- Syskon med kariesproblem
- Uteblivit från hälsokontroller
- Sociala problem
- Annat .....

*Kopia sparas i journalen.*